UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOIDES

DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juillet 1914

PAR

J. RASPAIL

Né à Carpentras (Vaucluse), le 5 mars 1862

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TEDENAT, professeur, *Président.*
CARRIEU, professeur.
EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOIDES

DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. TEDENAT, professeur, *président.*	MM. EUZIÈRE, *agrégé.*
CARRIEU, professeur.	ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

MEIS ET AMICIS

J. RASPAIL.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

EUZIÈRE ET ETIENNE

A TOUS NOS MAITRES

DE MONTPELLIER ET DE MARSEILLE

J. RASPAIL.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOIDES

DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

INTRODUCTION

L'histoire des kystes congénitaux du cou se perd dans la nuit des temps. Les Grecs les avaient désignés sous le nom de branchochiles, et Celse, chez les Romains, en a donné une description telle qu'aucun doute ne peut s'élever sur leur nature, lorsqu'il parle de ces petites tumeurs enkystées, développées entre la trachée et la peau, dont le contenu semblable parfois à de l'eau, parfois à du miel, se trouvait parfois aussi mélangé à des poils et à des petits os. *Interdum etiam minutis ossibus pilis immixti.* Les kystes dermoïdes du cou, proprement dits, ont fait l'objet de nombreuses études, mais il est une catégorie de ces kystes très intéressante, quoique fournissant à la statistique un nombre assez restreint de cas; nous voulons parler des dermoïdes du médiastin antérieur.

Ces derniers temps, dans le service de M. le professeur Tédenat, nous avons pu examiner une intéressante malade, dont le cas fait l'objet de notre observation III.

Il nous a paru intéressant de rechercher dans l'histoire chirurgicale tous les cas de kystes dermoïdes du médiastin antérieur pouvant se superposer à celui-là.

C'est surtout à l'étranger et en Allemagne, principalement, où cette question semble avoir particulièrement intéressé les auteurs, que nous avons trouvé le plus grand nombre de relations.

C'est Franz Riegel qui, en 1870, fit paraître le premier travail d'ensemble sur cette variété de tumeurs.

En France, elles ont été surtout étudiées par Lannelongue et Achard, dans leur traité des kystes congénitaux ; par Marfan, qui, dans la *Gazette Hebdomadaire,* et à propos d'une découverte d'autopsie, donne sur la question une rapide vue d'ensemble appuyant surtout sur la pathogénie.

Peyrot, dans son article du *Traité de chirurgie,* paru en 1892, signale trois observations oubliées par les auteurs précédents.

En 1894, Dardignac apporte une observation inédite et l'ajoute à vingt-deux cas parus antérieurement. Son travail important fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie et d'un mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie,* page 776.

En Allemagne, paraissent trois mémoires importants, de Pflanz (1896), d'Echeborn (1898), de Dangschat en 1903.

Ce dernier, totalisant toutes les observations, arrive au chiffre de quarante-deux.

Enfin, en 1905, Morris, de l'Université de Michigan, publie, dans le *Médical News,* un fait nouveau, et, grâce à une recherche bibliographique très complète, il porte le chiffre des observations à cinquante-six.

Dans son excellente thèse de 1907, Nandrot revise tous ces cas, en élimine huit appartenant au poumon ce qui, avec l'observation très curieuse qu'il publie, fournit un total de quarante-neuf cas.

Depuis cette époque, nous n'avons trouvé qu'une observation, d'une très grande valeur, présentée par Morestin à la Société de chirurgie (9 février 1910), une seconde de Kaestle publiée dans le *Munchener Medizinischen* en 1909 et enfin celle due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes du médiastin ont un volume des plus variables. Les plus petits peuvent être de la grosseur d'un pois, d'une noisette, d'une petite noix. Les plus gros atteignent souvent et dépassent même le volume d'une tête d'enfant.

Ils siègent d'abord directement dans le médiastin, en avant des vaisseaux mais, en se développant, ils arrivent à déborder en haut au-dessus du sternum, en bas dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique ou latéralement d'un côté ou de l'autre du sternum.

Leur paroi est tantôt mince, tantôt épaisse, pouvant varier de 2 millimètres à 1 et même plusieurs centimètres. Elle est, en général, dure, fibreuse et résistante.

On a même vu de ces parois qui étaient le siège d'une calcification très prononcée.

Cette épaisseur de la paroi est d'ailleurs très variable dans les différents points d'un même kyste. La surface interne de cette paroi offre tantôt l'aspect de la peau ou plutôt d'une muqueuse, tantôt, au contraire, elle est lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt blanchâtre.

Dans un même kyste, elle peut être lisse en un point, chagrinée et tomenteuse dans d'autres.

La paroi dermoïde présente, à l'examen histologique, une structure offrant les caractères généraux du tégument externe.

Le derme a sa structure habituelle. On y trouve des fibres musculaires lisses se rattachant aux follicules pileux. Les vaisseaux y sont très développés, mais on n'y voit pas de nerfs et, bien souvent, il est impossible d'y rencontrer des papilles. Ce qui, d'après certains auteurs, serait une preuve du caractère fœtal du derme.

On voit dans l'épiderme, deux couches de cellules: au-dessus, une couche de cellules épithéliales, au-dessous, une couche de cellules polygonales, constituant la couche de Malpighi, le tout formant un épithélium pavimenteux stratifié, analogue à celui de la peau.

S'il n'est pas très fréquent d'y voir des glandes sudoripares, il est plus habituel d'y trouver des poils, des glandes sébacées, du cartilage, de l'os et des dents.

Les cheveux et les poils sont quelquefois très courts et grêles, d'autrefois analogues aux poils et cheveux du sujet. Ils peuvent être de couleur différente, et on peut trouver des poils noirs dans le kyste alors que le porteur a des cheveux blonds et réciproquement. Le contenu de ces kystes varie suivant la nature de la paroi. Mais il est, le plus souvent, formé d'un magma blanchâtre ou jaunâtre, à consistance de bouillie mal liée, parfois prenant l'aspect de grumeaux de riz cuit, de matière caséeuse. Celse le comparait à du miel. D'autres l'ont comparé à du beurre, du mortier de plâtre, de la farine de châtaignes cuites, etc.

Les kystes dermoïdes du médiastin sont tous extrêmement dissemblables au point de vue de leur structure, et leur interprétation au point de vue de leur pathogénie est assez difficile.

Cette question étant extrêmement controversée d'une part, et n'ayant d'autre part, aucune compétence particulière pour la trancher, nous nous contenterons de donner un résumé des différentes théories qui règnent actuellement.

PATHOGENIE

Il est un fait à peu près certain, c'est que les kystes dermoïdes du médiastin ont tous la même origine.

Dans la *Gazette Hebdomadaire* du 15 août 1891, Marfan disait: « Les kystes dermoïdes du médiastin antérieur se développent presque toujours dans une région bien déterminée, toujours la même.

On les trouve dans une zone limitée en bas par la face antérieure du péricarde, en arrière par les vaisseaux de la base du cœur et la bifurcation trachéale; en haut, par la base du cou, en avant par le sternum avec ses cartilages costaux satellites, sur les côtés par les bords antérieurs des poumons ».

Un deuxième fait est également certain et admis par tous les auteurs, c'est leur congénitalité laquelle a été démontrée magistralement en 1886 par Lannelongue et Achard.

Mais ces deux points, mis de côté, s'il s'agit d'interpréter l'origine véritable de ces tumeurs, l'entente n'existe plus. Plusieurs théories, en effet, ont vu le jour, tour à tour soutenues et combattues et pour la plupart abandonnées aujourd'hui.

1° *Théorie de Lebert.* — Notons d'abord la vieille théorie de l'hétérotopie plastique soutenue par Lebert à la Société de biologie en 1852, qui, acceptée par certains auteurs

dans les années qui suivirent, est abandonnée par tous aujourd'hui.

2° *Théorie de Geoffroy Saint-Hilaire.* — Vient ensuite celle de Geoffroy Saint-Hilaire ou de l'inclusion fœtale.

D'après cette théorie, les kystes se produiraient:

a) Soit qu'il y ait inclusion d'un jeune embryon dans un autre antérieurement conçu et se développant par superfétation;

b) Soit qu'il y ait gémellité et arrêt de développement;

c) Soit qu'il y ait une monstruosité dans le germe ou un œuf à deux germes.

De ces deux théories, la première fut rejetée surtout parce qu'elle était manifestement inexacte pour la grande majorité des cas, la seconde parce qu'elle ne tenait aucun compte de l'origine congénitale des kystes dermoïdes.

3° *Théorie de Verneuil, dite de l'enclavement.* — « Les kystes dermoïdes du médiastin sont dus à un enclavement du tégument cutané de l'embryon dont une partie, restée pour ainsi dire en arrière, pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait donné lieu à la formation d'un kyste ».

Cette théorie, ainsi formulée, fut exposée pour la première fois par Verneuil en 1852 et non par Remack, comme le prétendent les auteurs allemands. Elle a été acceptée et traitée à fond, par Lannelongue et Achard, mais fortement combattue en Allemagne ces dernières années surtout.

Théorie Blastomérique. — Emise par Roux d'abord, développée pour la première fois en 1900 par Bonnet, elle a été défendue, par Wilms (1902), par Lecène (1904) et Che-

vassu (1906). Cette théorie a le grand avantage d'expliquer certains kystes à tissus complexes et qui représentent de véritables embryomes.

Toutes ces théories, néanmoins, reposent sur la théorie embryonnaire des arcs branchiaux, admise jusqu'ici sans conteste.

Or, dans ces dernières années, le professeur Vialleton donne, sur l'embryologie du cou, des détails absolument inédits. L'appareil branchial, d'après lui, n'aurait qu'un rôle insignifiant dans la formation de notre cou. Nous n'avons point d'arcs branchiaux, mais des ébauches, des rudiments d'arcs branchiaux, et la durée de cet appareil branchial rudimentaire est extrêmement transitoire. Il disparaît très vite en tant qu'arcs distincts puisqu'on ne trouve plus l'indication de ces derniers sur un embryon de 15 millimètres; le cou va alors se constituer tout au moins sa partie antérieure et ventrale, limitée par les scalènes en arrière, l'hyoïde en haut, la clavicule en bas.

Si on admet cette conception embryogénique plus neuve et plus hardie, si bien exposée par le professeur Vialleton dans sa communication à la Société des sciences médicales de Montpellier (décembre 1907), on s'explique bien mieux pourquoi:

Certaines tumeurs, dites congénitales du cou et du médiastin sont souvent absolument identiques à d'autres tumeurs soit du sein, soit de la paroi thoracique et à certaines autres tumeurs mixtes du testicule que Chevassu appelle des embryomes simplifiés.

Et pourquoi aussi les kystes dermoïdes du médiastin n'ont pas toujours une structure dermoïde pure, mais montrent parfois dans leurs parois d'autres tissus, tels que placards cartilagineux, fibres musculaires lisses, vaisseaux en voie de développement, etc.

On est ainsi amené à penser que la théorie de l'origine branchiale des tumeurs du cou et du médiastin, tout au moins des tumeurs kystiques ne doit plus occuper la place primordiale qu'on lui accordait. D'après Estor et Massabuau, ces tumeurs seraient de véritables embryomes, reconnaissant pour cause une anomalie précoce du développement de l'embryon. Tantôt ces embryomes sont constitués par des tissus dérivés d'un ou plusieurs feuillets primitifs, mais n'ayant qu'une ébauche d'organisation: ce sont les branchiomes mixtes. Tantôt ces tissus ne dérivent que d'un seuil feuillet et on a : les kystes dermoïdes.

Cette séduisante théorie établit ainsi entre toutes les tumeurs congénitales du cou et du médiastin un lien pathogénique étroit tendant à les unir dans une origine commune. Toutes ces tumeurs congénitales seraient des tumeurs mixtes, c'est-à-dire formées par un mélange de tissus provenant de trois feuillets blastodermiques. Tantôt les tissus fournis par ces trois feuillets coexistent, tantôt, au contraire, un des tissus seulement se développe, donnant naissance à une tumeur paraissant dériver d'un seul feuillet.

L'étiologie des kystes dermoïdes du médiastin est encore très obscure et nous ignorons quelle est la vraie cause qui influe sur le développement de ces tumeurs.

Si la puberté, la grossesse semblent donner un coup de fouet à leur évolution, il n'apparaît pas que celle-ci puisse être influencée soit par l'âge, soit par le sexe, soit par l'hérédité. Les conditions déterminantes de leur formation existent certainement dès la vie intra-utérine, et c'est, sans doute ensuite, un trouble du développement qui donne naissance à ces affections, quelquefois même à une époque très éloignée. Ce sont bien des tumeurs congénitales, mais ici le

terme de congénital signifie seulement que, dès la naissance, l'organisme réunit toutes les conditions nécessaires pour l'évolution ultérieure de la tumeur, mais non qu'on la trouve fatalement sur le sujet au moment de la naissance.

SYMPTOMATOLOGIE

Bien que congénitaux, ce n'est que très exceptionnellement qu'on voit les kystes dermoïdes du médiastin, apparaître soit à la naissance, soit même dans les premières années de la vie. Sans raison apparente, ils se développent ou pendant l'adolescence ou au moment de la puberté ou à l'âge adulte, c'est-à-dire vers 35 ou 40 ans.

Souvent le kyste dermoïde médiastinal évolue d'une façon tellement lente, son volume reste si petit que ce n'est que par hasard qu'on le découvre, lors de l'autopsie d'un sujet mort d'une affection quelconque. Les symptômes de ces tumeurs, tant qu'elles restent à l'état de tumeurs intrathoraciques, ne diffèrent pas des symptômes des autres tumeurs du médiastin. Les phénomènes d'oppression et de compression tiennent le premier rang : douleurs rétro-sternales, sourdes ou aiguës, avec irradiation vers l'épaule et même parfois vers l'oreille et la tête : dyspnée à formes paroxystiques ; dans un cas de Lebert, elle fut le seul symptôme pendant quarante ans. Lorsque le kyste atteint un très grand développement, cette dyspnée devient constante et s'accompagne de cyanose.

Dans plusieurs cas, on observa dès le début, une forte hémoptysie précédée d'accès de toux.

Le kyste peut s'ouvrir dans une bronche ; dans ce cas, l'expectoration peut atteindre 500 cc. et même plus en vingt-quatre heures, et on assiste à une véritable vomique

dans laquelle un examen sérieux peut déceler la présence de cellules épithéliales analogues à celles de la couche cornée de la peau, de goutelettes graisseuses, de cristaux de cholestérine et de poils ou cheveux en plus ou moins grande quantité.

La fièvre a été signalée dans quelques cas, mais généralement dans une période avancée. L'évolution de la maladie est irrégulière, nullement cyclique, parfois entrecoupée de rémissions très longues mais aboutissant toujours à la mort, si la tumeur est abandonnée à elle-même.

Cette mort est due, soit à l'asphyxie, par atelectasie et refoulement par trop considérable des poumons, soit à des troubles cardio-vasculaires par suite de lésions du péricarde ou de la compression des gros vaisseaux, soit à une hémoptysie abondante, soit à une cachexie progressive.

D'autres fois, la mort est causée par une affection intercurrente : pleurésie, tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonie.

Il est donc d'un réel intérêt d'essayer de faire par tous les moyens, un diagnostic aussi précoce que possible.

DIAGNOSTIC

L'inspection donne peu de renseignements. Quelquefois la tumeur peut remonter jusqu'à la région cervicale inférieure, quelquefois il peut exister de la voussure de la paroi antérieure du thorax; cette voussure peut intéresser le sternum.

A la percussion, on trouve une aire anormale de matité thoracique, correspondant à la proéminence de celui-ci quand elle existe.

Grâce au refoulement des poumons et au voisinage immédiat de la paroi et de la tumeur, cette matité est généralement absolue.

L'auscultation décèle, en général, une absence complète du murmure vésiculaire dans la zone de matité, si cette matité est absolue; si elle n'est que relative, on peut trouver simplement de la diminution de ce murmure avec souffle de compression bronchique.

On a employé l'examen radioscopique, mais nous n'avons trouvé aucune observation où cet examen ait donné un renseignement précis.

Le diagnostic s'imposera sans discussion, lorsque on sera en présence d'une expectoration caractéristique, soit par des cellules épithéliales de la couche cornée de la peau, soit par les poils qu'elle contiendra. Si cette expectoration manque, et que cependant l'examen clinique et radiosco-

pique ait fait penser à une tumeur du médiastin, on pourra avoir recours à des ponctions exploratrices.

Il sera relativement plus facile de différencier une tumeur kystique d'une tumeur maligne du médiastin. Ces dernières apparaissent en général tard, ont une évolution assez rapide et déterminent rapidement la cachexie. Elles donnent lieu également à des signes de compression comme l'œdème, la cyanose, la distension des veines superficielles, l'inégalité pupillaire et parfois des troubles laryngés.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic des kystes dermoïdes du médiastin reste difficile, et, dans la majorité des cas, ils n'ont été reconnus que sur la table d'autopsie. Dans bien d'autres cas et c'est ce que nous voyons dans les observations de Dardignac et de Pflanz, c'est seulement après l'incision de la tumeur, que son contenu pilo-sébacé révéla sa véritable nature.

TRAITEMENT

Le traitement idéal, c'est évidemment l'extirpation, et la thérapeutique, dans les kystes dermoïdes du médiastin, ne peut être que chirurgicale.

Küster a écrit avec raison : « Il me paraît assez normal que des tumeurs bénignes du médiastin et en particulier des kystes dermoïdes, qui à cause de leur siège déterminent de graves dangers, soient justiciables d'une intervention chirurgicale destinée à les extirper si le diagnostic a été fait à temps.

L'intervention sera d'autant plus favorable qu'elle sera faite dans une période moins avancée de la maladie, car à ce moment les tumeurs n'ont pas encore d'adhérences trop solides avec les organes du voisinage ».

D'après Morris et d'autres auteurs, la mort est fatale dans tous les cas, soit 100 0/0 abandonnés à eux-mêmes ; il y a déjà 30 0/0 de guérisons complètes depuis qu'on commence à intervenir.

Nandrot nous indique que, pour tous les cas qu'il rapporte, vingt-deux furent opérés. Il y eut seize guérisons opératoires, et parmi ces seize cas, sept furent guéris définitivement, les autres conservant des fistules.

Cette proposition de guérisons doit être considérée comme fort belle, si l'on veut bien se souvenir comme nous l'avons déjà dit, qu'en l'absence d'intervention, la mort était la seule solution inéluctable.

Cependant, l'intervention chirurgicale n'est pas sans comporter des aléas redoutables, et sans être hérissée de difficultés opératoires. Et c'est ce qui explique qu'en dehors du cas de Morestin, dont nous relatons en entier l'observation, l'extirpation n'est signalée que dans trois autres observations (Bastianelli, Bergmann et Madelung). Dans tous les autres cas, on s'est contenté de vider la poche et de la drainer.

CONCLUSIONS

De cette étude bien modeste, nous pourrons donc conclure :

1° Que si les cas de kystes dermoïdes du médiastin antérieur sont relativement rares et ont été peu étudiés en France, ils sont moins exceptionnels à l'étranger où ils ont fait l'objet d'études plus nombreuses, en Allemagne surtout.

2° Ils sont d'origine congénitale, mais comme les kystes dermoïdes en général, ils attendent pour se manifester par des accidents véritables, soit la puberté, soit une grossesse, soit une occasion quelconque.

3° D'après les récents travaux embryogéniques de Vialleton, et les études d'Estor et Massabuau, il semble que la théorie de l'origine branchiale ne doive plus occuper la place primordiale qu'on lui accordait jusqu'ici, et que les kystes dermoïdes doivent être considérés comme des embryomes constitués par des tissus ne dérivant que d'un seul feuillet primitif.

4° Les symptômes des kystes dermoïdes du médiastin ne diffèrent en rien des symptômes des autres tumeurs du médiastin, à moins que l'ouverture dans une bronche ou l'établissement d'une fistule ne permettent de fixer un diagnostic d'ailleurs toujours difficile.

5° La seule thérapeutique utile est l'intervention chirur-

gicale, quand elle est possible. Cette intervention est tellement nécessaire qu'elle a pu faire baisser de 100 0/0 à 30 0/0 la mortalité chez les porteurs de dermoïdes du médiastin.

6° L'opération de choix est la thoracotomie mais, celle-ci une fois pratiquée, ce sont les caractéristiques de la tumeur qui guideront le chirurgien, et la technique pourra varier presque dans chaque cas.

OBSERVATIONS

Nous avons déjà dit, au début de notre travail, que Nandrot, dans son excellente thèse de Paris 1907, avait réuni toutes les observations parues jusques là et avait ainsi obtenu un total de 49 cas. Nous n'avons pas cru très utile de republier toutes ces observations qu'on retrouvera facilement dans la thèse indiquée et, nous nous sommes contenté de reproduire *in extenso* les quelques observations que nous avons pu trouver depuis, dont une, celle de Monestin, est absolument remarquable tant par la description de la technique opératoire que par les résultats obtenus, et une autre, celle due à M. le professeur Tédenat, est toute récente.

Observation Première

Kyste dermoïde du médiastin. Communication faite par M. H. Monestin à la Société de chirurgie (séance du 9 février 1910).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, que je vis pour la première fois dans mon service à Tenon au mois de mars 1909. Elle présentait alors à la partie inférieure du cou, à droite de la ligne médiane, sur le bord interne du sterno-mastoïdien, une fistule donnant du pus en abondance, entourée d'une zone empâtée et rouge.

Dans le pus, on aperçoit çà et là des grains jaunes comparables à de la poudre d'iodoforme. En voyant ces grains

jaunes, le médecin qui donnait ses soins à la malade avait porté le diagnostic d'actinomycose, diagnostic confirmé par un homme de laboratoire. Je ne vis tout d'abord aucune raison de repousser ce diagnostic. Cependant voyant au bout d'un temps assez prolongé que le traitement interne ioduré à hautes doses, qu'on avait institué n'apportait aucun changement, je pensai qu'un débridement suivi d'un nettoyage du foyer serait utile.

Je chargeai mon interne de pratiquer le débridement que les phénomènes inflammatoires imposaient et d'instituer le meilleur drainage possible.

La malade fut admise salle Wallace et, le 22 juillet, M. Périer pratiqua une incision transversale à la base du cou. Le trajet fistuleux était ouvert. Progressivement, il vit la sonde cannelée s'enfoncer derrière le sternum, cependant que du pus, retenu derrière cet os, venait sourdre dans la cannelure.

Le bec, légèrement recourbé de l'instrument, arrivait sur le bord gauche du sternum dans le premier espace intercostal. M. Périer y fit une contre-ouverture en traçant une autre incision, celle-là verticale partant à angle droit de l'extrémité de la première, et réussit sans peine à ouvrir la collection qui pointait dans le premier espace intercostal.

En essayant de nettoyer le foyer rétro-sternal, M. Périer, à sa grande surprise ramena une touffe de poils blonds, puis une seconde, puis une troisième et de la matière granuleuse jaunâtre, mêlée à du pus. Il laisse alors deux petits drains, l'un au-dessus de la fourchette sternale, l'autre à la partie la plus interne du premier espace intercostal. Le diagnostic de kyste dermoïde fut alors porté sans hésitation.

Au bout de peu de temps, les téguments s'assouplirent,

reprirent une teinte à peu près normale, l'orifice de drainage se referma, mais la fistule cervicale se reforma au-dessus de la fourchette, presque sur la ligne médiane, plus en dedans que précédemment.

Cependant la situation ne se modifiant pas sensiblement, je finis par décider la petite malade à subir une intervention dont l'indication était bien nette, maintenant que l'existence du kyste dermoïde était indiscutable.

J'essayai auparavant l'examen radioscopique. Cet examen demeura négatif.

Le kyste s'annonçant comme infecté et ayant de très sérieuses adhérences, l'opération fut difficile et même émouvante.

Le 21 décembre, au moment de commencer l'intervention, je vois du pus s'écouler encore de l'orifice fistuleux sus-sternal. Un stylet introduit dans ce pertuis bordé d'une collerette de bourgeons charnus d'un rouge vif, s'enfonce à 3 centimètres seulement; il s'enfonce directement d'avant en arrière et vient buter contre un plan rigide. Il est évident qu'il s'arrête à un coude du trajet.

La malade porte deux cicatrices, l'une horizontale à la partie inférieure du cou, sur laquelle s'ouvre la fistule, l'autre verticale se rattachant à angle droit de l'extrémité gauche de la première et descendant sur le bord correspondant du sternum, l'une et l'autre longues de 7 centimètres. Je réincise exactement sur ces deux cicatrices, ou plutôt je les excise, en gardant la fistule dans la languette cicatricielle supérieure.

Ainsi est tracée une incision en équerre, à laquelle viendra s'ajouter une autre horizontale, parallèle à la première sus-sternale et aboutissant à l'extrémité inférieure de la verticale. J'ai ainsi un lambeau carré dont la base est du côté droit. Je suis obligé d'érigner péniblement la partie

inférieure du cou, pour isoler la fistule et reconnaître plus avant son trajet. Tout est cicatriciel, dur, méconnaissable. Petit à petit, j'arrive au point où se réfléchit le trajet, le stylet peut alors changer de direction, il s'enfonce en bas et descend profondément derrière le sternum.

C'est alors que l'incision horizontale inférieure est tracée, coupant toutes les parties molles jusqu'au sternum. Mon intention est de faire une résection temporaire du manubrium et de rabattre cette pièce osseuse vers la droite. Je libère ses bords, ouvre l'articulation sterno-claviculaire gauche et sectionne le premier cartilage costal.

Je coupe transversalement le sternum, juste au niveau du bord supérieur du deuxième cartilage costal. J'achève de libérer le bord gauche et tente d'aborder la face profonde de l'os. Mais je suis gêné par du tissu cicatriciel fort dense. En incisant ce tissu cicatriciel, je coupe la mammaire interne gauche que je peux cependant pincer sans blesser la plèvre.

Le manubrium se laisse péniblement soulever, sa face profonde est rivée aux parties sous-jacentes. Je décolle à la rugine, puis au bistouri, laissant le périoste adhérer au kyste ou aux organes du médiastin. Le manubrium est enfin libéré et renversé vers la droite, sans que l'articulation sterno-claviculaire de ce côté et le premier cartilage correspondant opposent une grande résistance.

Nous avons maintenant sous les yeux une plaque dure, résistante comme un cuir très épais, offrant une teinte jaunâtre. C'est la poche kystique, si intimément fusionnée au périoste que les deux ne font qu'un point ; cette coque est amincie et laisse transparent le contenu du kyste, à peine voilé par une mince pellicule.

J'ouvre alors sur la ligne médiane cette poche dont rien n'indique la démarcation d'avec le périoste. Elle contient

de la matière jaunâtre, épaisse, mélangée de pus et de produits de déchet, de matière grasse et de poils courts et jaunes. Ce magma enlevé, on voit trois bosses, trois saillies presque sphériques, presque pédiculées, se détachant de la partie postérieure du kyste.

Remarquant que cette paroi postérieure présente une certaine souplesse, qu'elle se déplace un peu dans les mouvements respiratoires, je commence à avoir quelque espoir, puisque cette paroi postérieure, la plus dangereuse, semble être décollable.

Je me propose d'aller de bas en haut libérer cette portion du kyste, et, s'il se peut, de la sectionner en deux unités qui seront extirpées successivement.

Mais il est très malaisé de contourner la tumeur par en bas. Elle tient intimément au thymus, persistant au moins en partie chez le sujet. Je sectionne cet organe et j'ai accès sur la face profonde du kyste que je libère de bas en haut, la séparant du tronc artériel brachio-céphalique. Je sectionne alors verticalement la partie postérieure de la poche, et en dissèque chaque moitié, me guidant sans cesse sur la face interne, car les adhérences sont très denses sur les côtés. La dissection est poursuivie doucement, lentement, patiemment, péniblement. Je sépare la paroi du tronc veineux brachio-céphalique, de la veine cave supérieure, du cul-de-sac des plèvres. Elle s'achève heureusement sans blesser aucun de ces dangereux organes. L'extirpation du kyste, qui, dans l'ensemble, était du volume d'un gros œuf, a pu être totale. En un seul point, j'ai dû laisser un peu de tissu limitant la poche. C'est à gauche, contre le cul-de-sac pleural, sur une étendue comparable à celle de l'ongle de l'index, en regard de l'ancien drainage. Ici il n'y a plus de paroi distincte, ni rien qui rappelle la constitution du reste de la poche. C'est une surface de bourgeons charnus,

que je touche au thermo avec précaution, mais avec assez d'insistance pour la détruire.

Je laisse un tamponnement dans l'excavation laissée par l'ablation de la tumeur, car de tous côtés vient sourdre du sang de vaisseaux invisibles. Il n'y a rien à pincer et je n'ai pas d'autres ressources que de laisser des mèches. J'en remplis la cavité et rabote la membrane, dont j'échancre le bord gauche à la pince gouge pour livrer passage aux mèches. Des sutures au catgut maintiennent en place la pièce osseuse en s'accrochant aux tissus voisins fibreux et musculaires et reconstituant l'articulation sterno-claviculaire, laquelle, contenait une certaine quantité de liquide quand elle fut ouverte au moment de la taille du volet sternal.

L'opération a duré une heure trois-quarts. Elle a été bien supportée. Il n'y a pas eu d'ennui du côté de la respiration. Un litre de sérum a été injecté dès le début de l'intervention.

La malade se réveille très facilement et ne paraît nullement choquée.

Le lendemain, nous la trouvons en bon état: température 37°, pouls 100. Elle n'a pas vomi. Elle se plaint seulement de souffrir dans le bras droit, non pas au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, mais dans toute l'étendue du bras, sans qu'on en puisse trouver une explication possible. Pendant plusieurs jours elle a renouvelé cette plainte. Jamais elle n'a éprouvé de souffrance du côté de l'autre bras.

Le couvercle sternal dépourvu de périoste à sa face profonde reposait donc sur les mèches accumulées dans le médiastin. Ces mèches furent retirées graduellement, à chaque pansement quotidien. Il fallut attendre le sixième jour pour achever leur extraction. La plaie donna issue à un

écoulement séro-sanguin, puis séreux, très abondant pendant les premiers jours, qui s'écoulait par saccades pendant qu'on tirait les mèches. Quand il n'y eut plus de mèches, j'introduisis un drain qui, pendant une semaine encore, donna issue à une grande quantité de sérosité. Le 30 décembre, je coupai les fils. La réunion primitive avait été obtenue sur tout le contour des lambeaux. Je pus bientôt diminuer le calibre du tube et en réduire la longueur, si bien que, le 1er février, la cicatrisation complète était obtenue. Elle ne s'est pas démentie; le manubrium a perdu toute sa mobilité; la malade ne souffre pas; elle n'est aucunement gênée dans les mouvements de la respiration ou dans les mouvements des membres supérieurs. Elle a notablement engraissé et repris très bonne mine.

Examen histologique. — L'examen des divers éléments du kyste montre une structure à peu près identique.

La poche du kyste est formée entièrement de tissu fibreux, ainsi que les pédicules qu'on trouve insérés sur certaines productions de la cavité kystique.

Sur les coupes intéressant une de ces portions pédiculées, on voit qu'elle est constituée par un stroma conjonctif, tapissé par places seulement d'un revêtement cutané avec tous ses éléments: épithélium pavimenteux, stratifié, couche cornée, appareils pilo-sébacés, glandes sudoripares. Dans le stroma conjonctif, on retrouve dispersés irrégulièrement les mêmes éléments cutanés qui se montrent notablement hypertrophiés. En un point de la coupe, on voit la surface se déprimer en une sorte de conduit qui vient se terminer en cul-de-sac dans la profondeur.

L'épithélium pavimenteux qui tapisse les tissus extérieurs de ce conduit est remplacé sur toute sa longueur par un épithélium cylindrique cilié à plusieurs couches. De

chaque côté de ce conduit et surtout au niveau du cul-de-sac, on trouve de nombreuses glandes muqueuses, et même en un point, perdu dans le tissu conjonctif, un noyau de cartilage.

Les coupes portant sur une autre production du kyste, petite tumeur isolée, du volume d'une cerise, on retrouve les mêmes éléments; revêtement cutané plus continu que dans la coupe précédente, stroma conjonctivo-graisseux renfermant à la fois et sans ordre des appareils pilo-sébacés, des glandes sudoripares, des petits canaux à épithélium cylindrique cilié, des glandes muqueuses.

En résumé, les divers éléments rencontrés dans ces kystes ressortissent à l'appareil cutané et aux muqueuses respiratoires et l'on doit en conclure qu'il s'agit en somme d'un reliquat branchial.

Observation II

Kaestle (Muenchener Medizinische Wochenschrift), 1909, page 1452.
Contribution à l'étude des dermoïdes antérieurs.

La malade dont la maladie est le sujet de cet article, m'a été envoyée aux fins d'examen le 17 novembre 1908, par le docteur Frédéric Schafer, spécialiste des maladies du nez, de la gorge et du larynx. Mme B... a 30 ans. Il y a dix années de cela, elle a eu une pleurésie à gauche. Jusqu'au commencement de sa maladie actuelle, elle n'avait eu aucunement à se plaindre de maladies des organes de la poitrine.

Il y a quatre semaines, le premier examen eut lieu le 26 octobre 1908, une forte excitation à la toux se produisit surtout dans la position horizontale. La patiente crut avoir un catarrhe du pharynx, qui l'excitait à tousser.

Mais ce qui fut remarquable, c'est que plusieurs fois elle expectora des cheveux en toussant. Elle ne peut pas dire exactement si lesdits cheveux ont été chassés d'abord par un vomissement, ou si c'est la toux qui les faisait directement apparaître. Il n'y avait aucun autre symptôme indiquant une maladie quelconque des organes respiratoires.

Etat actuel. — La patiente, de taille moyenne, gracieuse, à l'air florissant et ne montre rien de particulier ni dans le nez, ni dans la cavité pharyngienne. On voit dans les amygdales de profonds sillons avec quelques excroissances. La trachée est légèrement rougie, se voit bien jusqu'à la bifurcation et n'a nulle part l'apparence pathologique. L'examen physique des organes de la poitrine montre un état absolument normal, excepté les faibles restes d'une pleurésie à gauche qui a eu lieu autrefois.

Il était simple d'admettre que la patiente était une mangeuse de cheveux et que les cheveux provenaient de l'estomac.

Quelques jours après l'examen, la patiente apporta un paquet de cheveux blond-clair, inclus dans une masse pâteuse jaune, qu'elle avait expectorée la dernière nuit en toussant. Tous les cheveux expectorés auparavant l'avaient été sous cette forme. Plus tard aussi des masses pareilles furent souvent expectorées, surtout la nuit, dans la position horizontale, quelquefois avec des symptômes d'étranglement.

L'examen microscopique démontra que la masse jaune se composait exclusivement de graisse cutanée, d'épithélium en plaques et de beaucoup de petits cheveux follets.

L'examen radioscopique ne fournit aucun renseignement. L'auscultation, la percussion montraient bien l'existence d'une tumeur, sans en préciser l'endroit.

Il fallut cependant admettre le diagnostic d'une tumeur tératoïde ou d'un kyste dermoïde.

Observation III

Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.

Augusta G..., 28 ans, née à Poujols (Hérault), entre dans le service de M. Tédenat le 21 mars 1914, pour une tumeur occupant la partie inférieure du cou un peu à gauche de la ligne médiane.

Il y a deux ans et demi, une tumeur un peu plus volumineuse occupait la même région. Elle fut incisée. Il en sortit des masses grisâtres et la réunion fut obtenue en dix jours. La cicatrice longue de 3 à 4 centimètres est légèrement chéloïdique. La femme fait remarquer que ces deux tumeurs sont survenues chacune après un sevrage.

Pas de toux; bon appétit; état général excellent.

Cette tumeur est molle, du volume d'un œuf de poule, qu'on aurait enfoncé derrière la partie gauche du sternum. La peau glisse à sa surface, la tumeur est immobile lors de la déglutition. On élimine l'adénite, l'ostéite sternale et on conclut à un kyste congénital du cou, sans aucun phénomène de compression des vaisseaux ni de la trachée.

Le 26 mars, après anesthésie, incision qui donne lieu à l'écoulement de blocs gris-jaunâtres, cohérents, dont le volume varie d'un grain de riz à celui d'un grain de maïs. Les deux lèvres de la poche kystique étant prises avec des pinces qui permettent de les écarter, on voit que la poche a une paroi offrant un aspect gris blanc, qu'elle adhère au tronc artériel et veineux, carotide, tronc brachio-céphalique, etc. Dans des efforts de toux, des masses gris blanchâtres sortent des profondeurs, derrière le sternum, environ

trois cuillerées à soupe. Le doigt introduit dans la poche sent à 2 centimètres au-dessous de la fouchette sternale un orifice ayant un diamètre transversal de 5 à 6 millimètres et un diamètre antéro-postérieur de 3 millimètres. Cet orifice est bordé par un anneau fibreux, épais, dur, résistant. Une grosse sonde cannelée, introduite à travers cet orifice pénètre à une profondeur de 12 centimètres derrière le sternum, sans atteindre le fond de la poche. Des mouvements de latéralité de la sonde permettent de constater que la poche a des dimensions assez grandes, soit dans le sens antéro-postérieur, soit surtout dans le sens transversal.

La profondeur de la poche, son adhérence aux gros vaisseaux de la racine du cou, rendent impossible son excision. On se contente donc de faire un curettage très discret de son intérieur. Il sort pendant ces manœuvres et pendant des efforts de toux, quelques blocs de ce magma gris jaune et un liquide lactescent ; on met un drain. La cicatrisation a lieu par première intention et la malade sort le 19 avril complètement cicatrisée.

Le 30 mai 1914, la malade rentre dans le service. La tumeur s'est reproduite avec une saillie plus grande que lors de la première intervention. Le 5 juin, incision. Il sort des masses semblables à celles de l'opération du 26 mars. On met un drain, et on conclut que le mieux, étant donnée l'impossibilité opératoire due à la profondeur de la poche et à son accolement aux gros vaisseaux du cou, que le mieux, disons-nous, est de mettre une petite canule qui permettra l'élimination régulière de la bouillie secrétée par cette poche.

BIBLIOGRAPHIE

Boinet. — Traité de médecine Brouardel-Gibert, t. VIII.

Dardignac. — Revue de chirurgie, 1894, p. 776 et suiv.

Delbet (Pierre). — Article Tumeurs. In Traité de chirurgie, Duplay-Reclus.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886.

Lebert. — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique. (Société de biologie, 1853.)

Marfan. — Kyste dermoïde du médiastin antérieur. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 15 août 1891.)

— Traité de médecine Charcot-Bouchard, 2e édit., t. III.

Morestin (H.). — Bulletin de la Société de chirurgie, 9 février 1910.

Nandrot. — Thèse de Paris, 1907.

Souligoux. — Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, t. VII.

Vialleton. — Anatomie de Testut (embryologie). Communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, déc. 1907.

Auteurs étrangers

Danyschat. — 1903. Pathologie und Diagnose der Dermoïdcysten und Teratome in mediastinum anticum, p. 692 à 742.

KAEISTLE. — Munchener Mediz nische Wochenschrift, 1909, p. 1452.

KUSTER. — Berliner Clinic. Wochenschrift, 1883.

MORRISS. — 1905. Dermoïdcyts of the mediastinum. Med. News, 26 août.

PFLANZ. — Zeitschrift für Heilkunde, 1896, t. 17, p. 473.

REYEL. — Zur Pathologie und diagnose des mediastinal tumoren. Virchow's Archiv. Bd. 49.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 juillet 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 juillet 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !